Rok XXXI. Kraków, 6 Lutego 1892. Nr. 6.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

I. O wpływie próchnicy zębów na ilość wapna zawartego w ślinie.

Podał

Dr. W. Łepkowski

b. asystent Klin. chirurg. Uniw. Jagiell.

Nader liczna literatura, jaką znajdujemy w kwestyi badania śliny, tak pod względem jéj składu chemicznego, jako też znaczenia dla ustroju jéj czynności trawienia i wreszcie zachowania się jéj w stanach chorobowych, gubi się pod pewnym względem sama w sobie, nie dając dostatecznéj odpowiedzi mimo tak wielu prac i doświadczeń na mnóstwo zawiłych pytań. G. Sticker[1]) w rozprawie o znaczeniu śliny w stanie fizyjologicznym i patologicznym zestawia nader obfitą literaturę, cytując i omawiając przeszło 200 prac różnych badaczy, którzy podejmowali takowe dla rozświetlenia często zagadkowego zachowania się śliny i jéj składników.

W pracach tych jakkolwiek uwzględnione są tak składniki śliny jako też i znaczenie jéj dla ustroju pod względem trawienia, autorowie prawie żadnéj, albo tylko małą zwracają uwagę na znaczenie ilości wapna w ślinie. I tak Gorup-Besanez[2]) nie przypisuje nawet wapnu w ślinie żadnego znaczenia fizyjologicznego. L. Fredericq[3]) zaś może zanadto wielkie mu przypisuje działanie dodatnie, gdy sądzi, że zadaniem soli wapniowych zawartych w ślinie jest wyrównywanie utraty wapna w zębach, powstałéj bądź przez próchnicę, bądź też przez gryzienie lub wzajemne ścieranie się zębów między sobą. Wynikałoby ztąd, że znaczenie wapna w ślinie jest nader doniosłe, bo idąc w myśl ostatniego autora i przyjmując jego przypuszczenie, musielibyśmy powiedzieć, że bez téj zawartości wapna w ślinie, człowiek zjadłby i zużył w krótkim czasie swoje zęby doszczętnie. Z drugiéj strony, jakkolwiek ilość CaO na 20 cm. sz. śliny wynosi jeden miligram, to jednak dzienna ilość, przyjmując 1500 cm. sz. wydzielanéj śliny na dobę, równa się 75 mgr. Gdyby najszybcéj postępująca próchnica zniszczyła w jednym roku wszystkie zęby, to jeszcze człowiekowi, wytwarzającemu w ślinie rocznie około 279 gr. CaO, ilość ta chyba najzupełniéj by wystarczyła, gdy całe uzębienie tyle nie waży. Jakkolwiek więc twierdzenie Fredericqa nie ma może w zupełności racyi bytu, to jednak na zdanie Gorup Besaneza żadną miarą godzić się nie można, trudno sobie wyobrazić, aby ten stały składnik śliny pozostawał bez żadnego znaczenia dla ustroju, jako nadzwyczajny dodatek; lepiéj powiedzieć, że dotąd nieznamy roli, jaką wapno w ślinie odgrywa, niż składnikowi temu bezpodstawnie przypisać za wielkie znaczenie, lub równać rolę jego ze zerem. Że badania śliny pod tym względem są nader skąpe i niedokładne, łatwo przekonać się można, przeglądając wyniki tychże u różnych autorów.

Zanim jednak przystąpię do omówienia téj sprawy, która jest właściwą treścią niniejszych badań, zastanowić mi się chociaż pokrótce wypada nad ubocznemi rezultatami, które otrzymałem robiąc ilościowe analizy co do zawartości wapna w ślinie różnych osób w rozmaitych stanach fizyjologicznych i patologicznych.

Po uskutecznieniu 32 rozbiorów przekonałem się, że konsystencyja śliny nie jest zawsze jednakową, graniczy ona z jednéj strony z gęstością miodu, a z drugiéj strony nie dochodzi nigdy do płynności wody. Zależy to prawdopodobnie od ilości śluzu w niéj zawartego. Z badanych najgęstszą ślinę posiadali ludzie zupełnie bezzębni, ślina ich jest śluzowatą, ciągnącą się jak miód, kroplami wylewać jéj z naczynia nie można, gdyż za kroplą ciągnie się zaraz nić cała, która raczéj ślinę całą za sobą porywa, niżeli się przecina. Ta własność śliny ludzi bezzębnych sprawiała zawsze trudności w napełnianiu piknometru, gdy w wąskiéj jego szyjce menisk tworzył się zawsze wklęsły, a nie jak zwykle wy-

[1]) *Die Bedeutung des Mundspeichels in physiologischen und pathologischen Zuständen. Deutsche Medicinal-Zeitung* Nr. 1—18 rok 1889. — [2]) Gorup-Besanez: *Physiologische Chemie 2-te Aufl.* — [3]) L. Fredericq *Livre jubilaire de la société med. de Gand* 1884 pag. 2.

pukły, wskutek czego nadzwyczajne trzeba było zachowywać ostrożności i zwykle kilkakrotnie próbować, aby nie wprowadzić baniek powietrznych, a ztąd fałszywie nie oznaczyć ciężaru gatunkowego. Ślina ludzi z mniejszą lub większą ilością zębów nie przedstawiała nigdy w tym kierunku wywybitnych własności. Z łatwością można ją było kroplami oddzielać, a w szyjce piknometru menisk zawsze wypukły bynajmniéj nie utrudniał dokładnego napełnienia. Drugą wybiwybitną różnicą w ślinie osób bezzębnych jest osad, który u nich skąpy, biały i obłoczkowaty osadzał się na dnie naczynia. Resztki pokarmów przy badaniach prawie żadnéj, albo tylko nader małą odgrywały rolę, gdy przed każdym zbiorem śliny jamę ust kilkakrotnie wypłukiwano wodą destylowaną, a to w tym celu, aby uniknąć błędów w analizie z powodu nadmiernéj ilości resztek pokarmów. U osób pod względem uzębienia zdrowych osad na dnie naczynia był zawsze dość spory, niezbity, biały. U osób dotkniętych próchnicą osad był zwykle żółtawo, lub brudno żółto zabarwiony, a ilość jego nie zawsze jednakowa, bynajmniéj nie stała w prostym stosunku do ilości i jakości próchnicy w zębach, owszem częstokroć osad w ślinie człowieka z kilkunastu zębami, dotkniętemi próchnicą, bywał mniejszy niż u człowieka z zupełnie zdrową jamą ust, lub z jednym lub dwoma zębami zajętemi próchnicą.

Oddziaływanie. Badanie, jakie w tym względzie poczynił Hünefeld[1]) doprowadziły go do mylnego może twierdzenia, że normalne i zwykłe oddziaływanie śliny powinno być alkaliczne. Sprawę tą rozbiera bardzo dokładnie w rozprawie swojéj: *„Die Bedeutung des Mundspeichels in physiologischen und pathologischen Zuständen“* G. Sticker a z doświadczeń jego ma wynikać, iż oddziaływanie śliny zależy głównie od pory, i tak podczas dnia zwykle ma oddziaływać alkalicznie, w nocy zaś kwaśno, najprawdopodobniej wskutek przez noc rozkladających się i fermentujących resztek pokarmu. Zdaniem Stickera po spożyciu pokarmów, składających się z jarzyn, reakcya alkaliczna jest silniejszą, niż np. po pokarmach, składających się z mięsa. Twierdzenie to nie zgadza się w zupełności z doświadczeniami Leista, który badał oddziaływanie śliny na zwierzętach, u psa, konia i owcy, a tak on, jak i Pflüger i Wright[2]) tylko wyjątkowo kwaśne oddziaływanie u psów znachodzili.

Zdanie Stickera jest poniekąd dziwnem z tego względu, że właściwie powinnibyśmy się spodziewać, że u ludzi tylko mięsem się żywiących prędzéj caries następować by powinna niż u innych. Doświadczenie jednak uczy inaczéj, gdy np. Eskimosi, żywiący się wyłącznie mięsem, nie potrzebują podobno dentystów, a caries ma być dla nich nieznaną chorobą. Korzystając z tego, że w Berlinie znajduje się osobna restauracya dla wegetaryjanów, odszukałem kilku jaroszów, którzy jak twierdzą, od kilku lub kilkunastu lat mięsa zupełnie nie używają. Badałem więc oddziaływanie ich śliny, przyznać się jednak muszę, że ślina bynajmniéj wybitnych różnic w oddziaływaniu od śliny ludzi żywiących się mięszanemi pokarmami nie okazywała i tak samo, jak przy dyecie mięszanéj tak i tu zwykle po obiedzie bywała alkaliczna, późniéj zaś słabo kwaśna, a kwasota ta na czczo zazwyczaj się zwiększała.

Jednakże polegając jedynie na tych kilku próbach, bynajmniéj nie chcę twierdzić, że u ludzi żywiących się jarzynami kwasota się nie powiększa lub zmniejsza, gdyż badania te rozmijają się z celem badań niniejszych, notuję więc tylko fakt, nie zapuszczając się w dalsze jego udowodnienie. Boudet[1]) twierdzi, że reakcya śliny w różnych stronach jamy jest nie jednakową, i tak na górnéj wardze jéj tylnéj powierzchni po dokładnem wyczyszczeniu jamy ust ma być kwaśną, a na dolnéj wardze alkaliczną. Zjawisko to ma według Boudeta pochodzić ztąd, że wydzielina gruczołków błony śluzowej w tych różnych miejscach różne okazuje oddziaływanie. Sticker, który powtarzał te doświadczenia, zaprzecza ich prawdziwości. Kiedym niejednokrotnie próbował fakt ten stwierdzić, mimo bardzo sumiennego oczyszczenia jamy ust, nigdy prawie tego co Boudet wyniku nie otrzymałem. Badając cały szereg chorych w tym kierunku niejednokrotnie znalazłem, że istotnie wynik badania zależeć także może od miejsca, na którem się bada, i tak kiedy otrzymywałem reakcyę alkaliczną, położywszy czerwony papierek lakmusu na języku badanego, kwaśne lub słabo kwaśne oddziaływanie znalazłem w tychże samych ustach, położywszy papierek np. na zębie trzonowym. O ile mnie się zdaje, rzecz to zupełnie jasna, gdy się zważy, że w bruzdach i zagłębieniach zębowych mogą się znajdować resztki rozkładających się pokarmów. Podobnie znajdowałem alkaliczne oddziaływanie śliny, położywszy papierek na dolnych zębach, gdy na górnych spostrzegałem reakcyę kwaśną. Szczególnie wybitnie występowało zjawisko to na czas przed wypłukaniem jamy ust, i tu także nic innego zapewne nie odgrywało roli, jak tylko fermentujące cząstki pokarmów, złożone między zębami i na zębach, których ślina w dolnych częściach zbierająca się alkaliczna zobojętnić nie zdołała. Tem może tłomaczy się, dla czego daleko częściéj nagabywane bywają przez próchnicę zęby szczęki górnéj niż dolnéj. Statystyka jest tego jawnym dowodem. I tak V. Galippe[2]) przytacza nader liczną i ciekawą statystykę w pracy swojéj, zrobioną przez Magitota, z której wypada, że zęby szczęki górnej prędzej i częściéj ulegają téj chorobie, niż zęby szczęki dolnéj. Najbardziéj do przekonania trafia przypuszczenie Wrighta co do oddziaływania śliny, który znajduje ścisły i bardzo logiczny związek pomiędzy reakcyą a procesem trawienia w żołądku, i tak bezpośrednio po obiedzie alkaliczne oddziaływanie śliny będzie silniejsze niż w kilka godzin późniéj, kiedy trawienie ukończonem zostało, co zresztą prawie zawsze skonstatować można. Sticker porównywa to z sprawą, jaką obserwować możemy w moczu, którego kwaśne oddziaływanie, jak to wykazał wspólnie z Hübnerem[3]), a przed nimi Bence Jones (1819), stoi w odwrotnym stosunku do ilości przyjmowanych pokarmów. Próchnica, o ile to zauważyłem, nie ma wybitniejszego wpływu na alkaliczne oddziaływanie saméj śliny, chociaż zdawałoby się może, że w razie większéj ilości karyetycznych zębów ślina kwaśno oddziaływać by powinna. Kiedy badałem ślinę w godzinę lub dwie po obiedzie, oddziaływanie jéj zawsze było alkaliczne, chyba wtenczas kwaśne, gdy papierkiem lakmusu dotknąłem zęba chorobowo zmienionego. Na czczo zazwyczaj spostrzedz było można słabo kwaśne oddziaływanie.

---

[1]) Hünefeld. *Chemie und Medizin*, 1841, tom 2-gi. — [2]) Wright, *Donders in Moleschotts Untersuchungen zur Naturlehre des Menschen und der Tiere* Bd. II pag. 189, patrz Sticker str. 10. — [1]) *Medical Gazet.* 1842, Vol. I, pag. 873. — [2]) *Recherehes sur les propriétés physiques et la constitution chimique des dents.* — [3]) G. Sticker und K. Hübner: *Über Wechselbeziehungen zwischen Sekreten und Exkreten des*

Trzecią z kolei rzeczą, którą przy sposobności uwzględniałem, jest ciężar gatunkowy[1]) śliny, który według starych oznaczeń Siebolda i Hakera wynosić powinien 1,080 a nawet 1,119. Liczby te stanowczo nie zgadzają się z prawdą, ani z rezultatami, jakie otrzymali inni autorowie. I tak w pracy swojéj zestawia Wright[2]) następujące wyniki:

Griedemann i Gmelin: 1,0043
Mitscherlich . . . . 1,006—1.0088
Hünefeld . . . . . 1,0038—1,0066

Sam zaś Wright otrzymał przeciętną z 200 badań 1,0079, a wahania były między 1,0069—1,0089. Frerich na 18 badań między 1,004—1,006. Jak widzimy liczby te są różne, pomijając już nawet wyniki Hallera i Siebolda, których po nich nigdy nikt nie otrzymał.

Zdawałoby się może, że różnica spoczywać tu będzie w jakości badanéj śliny, t. j. czy takową sączono czy nie, W tym względzie znajdujemy prace Jakubowitscha[3]). u którego różnica c. g. w ślinie filtrowanéj i niefiltrowanéj uwidoczniała się zaledwie o 0,0003. Wspomniany autor otrzymał bowiem c. g. śliny niefiltrowanéj 1,0026, filtrowanéj 1,0022, przypuścić więc prawie można, skoro ta różnica tylko tak mała, że przesączanie nie ma zupełnie wpływu na wysckość c. g. Są jednak inne ważniejsze wpływy, a pierwszym z nich jest czas, w jakim ślinę ze względu na przyjmowane pokarmy badamy. Sticker, wykonawszy doświadczenia na sobie, twierdzi, że ciężar gatunkowy śliny na czczo wynosi 1,0024, po obiedzie 1,004, pod noc 1,0045. W tym kierunku podjąłem także badania na sobie samym i znalazłem jak Sticker, że c. g. po obiedzie się wznosi. U mnie było na czczo 1,00091, po obiedzie 1,00263, wieczorem 1,00074. Wydawałoby się więc, iż najwyższy c. g. jest po obfitszem jedzeniu, a najniższy pod noc, gdy w sześć do siedmiu godzin trawienie ukończone zostało. Drugie podobne badanie przeprowadziłem u człowieka, liczącego tąż samą mniéj lub więcéj ilość lat, u którego znachodziła się próchnica. Ciężar gat. u tegoż na czczo równał się 1,00073, po obiedzie 1,0017, pod noc 1,00088, więc zupełnie analogicznie, jak w poprzednich przypadkach. Zresztą co do ciężaru gatunkowego, który mniéj lub więcéj zawsze stoi w prostym stosunku do ilości części stałych na 1000, powiedzieć możemy, że w przeważnéj liczbie przypadków wiek odgrywa pewną rolę i tak starcy i dzieci mają zazwyczaj najniższy ciężar gat., gdy dorośli dosięgają cyfr najwyższych.

Najniższy c. g., jaki znalazłem był u bezzębnego starca i wynosił 0,999073, a najwyższy u 28-letniéj kobiety z nader licznemi zębami dotkniętemi próchnicą i wynosił 1,00393. Przeciętna z wszystkich przypadków równa się 1,001469.

Organismus, Zeitschrift für Klin. Medizin Bd. XII, Heft 1 u. 2.
[1]) Hammerbacher: *Zeitschrift für physiolog. Chemie* Bd. V, Seite 302. — [2]) Mitscherlich: *Dissertatio de salivae indole in nonnulis morbis Berolini.* 1834 — [2]) *Der Speichel. Ecksteins Handbibliothek des Auslandes.* Bd. 2 u. 3. Wien. 1844. — [3]) Jakubowitsch: *De saliva. Dissertatio inauguralis.* Dorpat 1848.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Kilka słów o leczeniu ropotoku opłucnowego (*empyema thoracis*) u dzieci. Nasze wyniki po resekcyi żebra.

Podał
Dr. Jan Raczyński,
sekundaryjusz tego zakładu.

Bezpowrotnie zdaje się minęły czasy, w których wobec ropotoku opłucnowego czekano na wessanie się wypociny, na przebicie dobrowolne tejże na zewnątrz lub do oskrzeli. Obecnie skoro tylko za pomocą punkcyi próbnéj wysięk ropiasty stwierdzimy, bez względu na to, czy powstał on samoistnie czy w przebiegu zapalenia płuc lub innéj choroby, bez względu na to, czy polega on na obecności koków ropnych, czy gruźliczych czy jeszcze innych, zgadzamy się na to wszyscy, że warunkiem nieodzownym racyjonalnego leczenia téj choroby jest wcześnie wykonany zabieg chirurgiczny. Celem naszym w leczeniu tego cierpienia jest odpowiedzieć trzem wskazaniom: 1) nagromadzoną ropę wydalić, 2) zapobiedz jéj powtórnemu nagromadzeniu się, 3) wytworzyć warunki o ile możności najkorzystniejsze do przywrócenia schorzałym narządom prawidłowych stosunków anatomicznych i funkcyj fizyjologicznych.

Z podanych zatem i polecanych sposobów leczenia wybierzemy ten, który najbliższym jest zaprowadzenia nas do celu, najbliższym wypełnienia powyż przytoczonych wskazań.

Wszystkie sposoby leczenia stosowane w tem cierpieniu podzieliłby można ze względu na różnice w wykonaniu samego zabiegu chirurgicznego jak i leczenia następowego na:

I) najdawniejszą a obecnie coraz mniéj wykonywaną punkcyję z jéj wszystkiemi odmianami i dodatkami;

II) w pewnem powinowactwie z poprzednią pozostające, ostatniemi czasy podane przez Bülaua t. zw. stałe aspiracyjne osączkowanie (*permanente Aspirations-Drainage nach Bülau*).

III) operacyje radykalne, t. j. szerokie warstwowe nacięcie bez lub z dodatkową resekcyją jednego lub kilku żeber i założeniem sączka na stałe.

Pierwsza polega na wkłuciu trójgrańca w odpowiedni przestwór międzyżebrowy, wypuszczeniu ropy i opatrzeniu przeciwgnilnem. Użycie jéj zaledwie może być przedmiotem dyskusyi — tą drogą nigdy wskazaniom naszym nie odpowiemy. Starano się wprawdzie przez rozmaite zabiegi dodatkowe, jak n. p. wypompowanie ropy, wstrzykiwanie płynów leczniczych do jamy opłucnowéj lub wreszcie przepłukanie tejże jamy płynami przeciwgnilnemi zapewnić jéj trwalszy skutek; rezultaty nie były jednak nigdy godne zaznaczenia; desinfekcyja jamy opłucnowéj zwykle się nie udaje, w tkankach pozostają liczne drobnoustroje ropne i rozpoczynają na nowo swoje działanie a ropa nagromadza się wkrótce w dawnéj ilości. Jak często a jednak z małym skutkiem powtarzać można ten zabieg, dowodzi przypadek o którym wspomina Tschernow[1]), gdzie u dziecka z powodu ustawicznie na nowo gromadzącéj się ropy wykonano punkcyję 122 krotnie.

Zasadą fizyczną metody Bülaua jest lewar. Wykonywamy ten zabieg w następujący sposób: w odpowiedni prze-

---

[1]) *Jahrbuch f. Kinderheilkunde* Bd XXI, Heft 1 i 2.

stwór międzyżebrowy klatki piersiowej wkluwamy trójgran o rurce mniéj lub więcéj 6 mm. średnicy, poczem kolec usunąwszy, przez rurkę wprowadzamy do jamy opłucnowéj odpowiednio gruby sączek (5 mm.). Teraz usuwamy rurkę trójgrana a sączek w jamie pozostawiony i na zewnątrz sterczący ustalamy opatrunkiem i łączymy za pomocą krótkiéj rurki szklanéj z wężem gumowym, którego ujście zanurzone jest w naczyniu z płynem antiseptycznym. Wykonanie tego zabiegu, jakkolwiek nie przedstawia żadnych trudności, musi się odbywać z wielką ostrożnością, aby powietrze nie dostało się do jamy opłucnowéj.

Gdy zabieg ten się uda, zyskujemy rzeczywiście wiele, bo nie wytwarzając otoku powietrznego, co bądź co bądź ma swe znaczenie, odpowiadamy w zupełności naszym wskazaniom: zapewnionym jest stały odpływ ropy a w miarę jéj odpływu, gdy w jamie opłucnowéj wytwarza się parcie ujemne, znajduje uciśnione dotąd płuco w wytworzonem obecnie ciśnieniu ujemnem — a więc zupełnie naturalnem — odpowiedne warunki do rozszerzania się i rozdymania.

To są właśnie wysokie zalety tego sposobu; zaraz zobaczymy jego wady.

Wkluwając trójgraniec w przestwór międzyżebrowy, miażdżymy całą warstwę tkanin; w tkankach zmiażdżonych łatwo rozwijają się sprawy zapalne na tle obecnych tutaj drobnoustrojów ropnych, narażamy więc chorego na wytwarzanie się ropni, które przecież obojętnemi dla dalszego przebiegu choroby być nie mogą. Ale większą daleko wadą téj operacyi jest, że wąskie światło sączka łatwo ulega zaczopowaniu częściami stałemi ropy. Wysięk opłucnowy ropny, jak wiadomo, obok ropy płynnéj, w początkowych okresach choroby nawet zupełnie rzadkiéj, zawiera także mniéj lub więcéj zbite skrzepy, nieraz do wielkości orzecha włoskiego dochodzące. Jakże mają one być wydalonemi przez sączek o 5 mm. średnicy? Albo więc zostają w jamie opłucnowéj, dopóki nie ulegną rozpuszczeniu, co czas trwania choroby przedłuża albo, co gorzéj, dostają się do światła sączka, zatykają takowy, wstrzymują odpływ ropy, co chorego na nowe naraża rękoczyny.

Przeprowadzenie tego sposobu leczenia trudne i uciążliwe u dorosłych, jest prawie niemożliwe u dzieci. Chory tak leczony skazany jest albo na stałe leżenie w łóżku, lub też na ustawiczne noszenie z sobą naczynia z płynem, w którem zanurzone jest ujście drenu — a w każdym przypadku unikać winien znaczniejszych ruchów, aby skomplikowany ten mechanizm nie uległ zepsuciu. Trudne to do przeprowadzenia u dorosłych, o wiele trudniejsze, prawie niewykonalne u dzieci.

Hofmokl [1]) mniéj lub więcéj w tych słowach wyraża się o tym sposobie: „zdarzało mi się widywać chorych z wysiękiem opłucnowym ropnym leczonych według metody Bülaua, ostrożnie i trwożliwie się przechadzających. Nosili oni zawsze z sobą naczynie z płynem przeciwgnilnym, w którem zanurzony był dren komunikujący z jamą opłucnową. Chorzy ci sądzili, że w ten sposób zapobiegną dostaniu się powietrza do jamy opłucnowéj, a tymczasem przy kaszlu słyszeć można było szmer powietrza dostającego się swobodnie obok sączka do klatki piersiowéj. Nielepiéj było z odpływem ropy; mała ilość dostawała się przez tę długą rurę do naczynia, podczas gdy znaczna część obok sączka do opatrunku odpływała“.

[1]) *Chirurgie der Pleura. Klinische Zeit- und Streitfragen* 1890.

Nie mając w tym kierunku doświadczenia (metody Bülaua nie stosowaliśmy nigdy), nie wiem o ile słuszne jest powyższe zdanie, gdyby jednak tak było, gdyby rzeczywiście tak często powietrze obok sączka do jamy opłucnowéj się dostawało, t. j. gdy osiągnąć się nie da to, co ma być właśnie główną téj metody zaletą, to metoda ta nie miałaby racyi bytu. Wölfler [1]) jednakowoż zaleca sposób ten jeszcze w najnowszym czasie.

Operacyja radykalna polega na szerokiem nacięciu klatki piersiowéj w odpowiednim przestworze międzyżebrowym i założeniu sączka na stałe. Wązkie przestwory międzyżebrowe u dzieci zmuszają nas prawie zawsze do wykonania podokostnowéj resekcyi 2—3 ctm. żebra jednego lub nawet kilku. Technika operacyjna nie przedstawia prawie żadnych trudności, König nazywa ten zabieg łatwym. Półnarkoza chloroformowa, któréj używamy, nie jest niebezpieczną, u dzieci bardzo osłabionych możnaby znieczulać kokainą; operując warstwowo, utratę krwi czyni się bardzo małą, nie potrzebujemy się także obawiać zranienia tętnicy międzyżebrowéj; ropie zapewnimy stały odpływ, czyli jak König porównywa, stwarzamy dla tego ropnia jamy opłucnowéj takie warunki lecznicze, jakie wytwarzamy szerokiem nacięciem dla ropni powierzchownych.

Leczenie następowe jest bardzo łatwe i proste. Przy prawidłowym przebiegu nie należy nawet jamy opłucnowéj przestrzykiwać, gdyż wtedy wytworzone delikatne zlepy opłucny płucnéj z opłucną ścienną rozrywają się, co wyleczenie opóźnia. Wlewanie do jamy opłucnowéj 10% mięszanki jodoformu z gliceryną polecane przez prof. Rydygiera dobre oddaje usługi, zwłaszcza w ropotokach na tle gruźliczem się rozwijających, bo wtedy jodoform działa także swoisto na gruźlicę.

Dwa są główne zarzuty podnoszone przeciw téj operacyi:

1) że wytwarza się otok powietrzny, skutkiem czego płuco będące pod dodatniem parciem atmosfery nie może się rozszerzać, co znów pociąga za sobą jako skutek znacznego stopnia zapadnięcie klatki piersiowéj (*retrécissement thoracique*);

2) że resekując kawałek żebra upośledzamy przyszły rozwój klatki piersiowéj dziecka.

Zobaczymy o ile słuszne są te zarzuty. Płuco zostające aż do chwili operacyi pod wysokiem parciem dodatniem cieczy wypocinowéj, zostaje skutkiem operacyi od tego ucisku uwolnione tak, że obecnie znajduje się ono tylko pod ciśnieniem atmosferycznem; ciśnienie od zewnątrz równa się teraz ciśnieniu od wewnątrz, a więc płuco to znajduje się obecnie w znacznie lepszych warunkach. Schede słusznie przypisuje ściśle po operacyi założonemu opatrunkowi działanie w rodzaju wentyla, który wytwarzając ujemne parcie w jamie opłucnowéj dopomaga rozszerzaniu się płuca. Jako dowód że tak jest, opisuje on przypadek, w którym u mężczyzny ze zdrowemi płucami i opłucną z powodu złośliwego obrzęku wykonał resekcyję kilku żeber i wytworzył w ten sposób sztuczny otok powietrzny. Już w 24 godzin po zabiegu znalazł płuco znakomicie rozdęte, funkcyjonujące, z brzegami rany zlepione.

[1]) *Wr. kl. Wschrft*, 1891.

W jednym z naszych przypadków, gdy wykonaliśmy resekcyję żebra z powodu świeżéj wypociny ropnéj po stronie prawéj, i to tak znacznego stopnia, że uciśnięte nią zostało całe prawie płuco z wyjątkiem okolicy szczytowéj, znaleźliśmy w kilka dni po operacyi całe płuco aż do dolnych części doskonale swoją funkcyję spełniające. A więc otok powietrzny rozdęciu się płuca nie przeszkadza, płuco mimo otok powietrzny do stosunków fizyjologicznych powróci, ale tylko wtedy, gdy nie operujemy zapóżno, gdy ono samo w sobie warunki do tego powrotu posiada. Gdy zaś długotrwały ucisk zupełnie powietrze z pęcherzyków płucnych wytłoczy, gdy na opłucny wytworzą się łącznotkankowe zgrubienia, gdy w ogóle zajdą zmiany anatomiczne czy to na opłucny, czy w samym miąższu płuca, tam na powrót do funkcyj liczyć nie możemy, tam wytworzy się z czasem zaciągnięcie klatki piersiowéj a późniéj wykrzywienie stosu pacierzowego. Te jednak przypadki już z góry od leczenia metodą Bülaua są wykluczone, a zatem i z tamtemi porównane być nie mogą.

Zarzut podniesiony na jednym z ostatnich zjazdów chirurgów francuskich przez Oliviera, że pozbawienie dziecka kawałka żebra musi się odbić na dalszym klatki piersiowéj rozwoju, uznać musimy zaledwie w części za słuszny, jeśli zważymy, że resekując podokostnowo nie wykluczamy możności regeneracyi żebra od okostny. König (*Berl. klin. Wschrft* Nr. 10, 1891), twierdzi, że żebro regeneruje się od okostnéj zawsze. Bardzo pouczającym w tym względzie był jeden z naszych przypadków:

Mindla G., lat 5; rozpoznano *empyema thoracis sinistri*, w dniu 5 maja wykonano resekcyję żebra; jamę, jak zwykle pierwszy raz, 3% rozczynem kwasu borowego przepłukano, sączek założono, opatrzono. Gdy w 3 tygodnie później, wśród prawidłowego dotąd przebiegu, sączek z rany się wysunął a wprowadzenie tegoż napowrót z powodu obficie bujającéj ziarniny się nie udało, przystąpiono dnia 5 czerwca do powtórnéj resekcyi tego samego żebra. Przyczem okazało się, że żebro w znacznéj części już od okostny się wytworzyło, zostawiając jeszcze otwór wielkości fasoli, który



z biegiem czasu także z pewnością uległby zarośnięciu.

Ten przypadek wybitnie okazuje niesłuszność powyższego zarzutu i dowodzi nadto, jak niezmiernie szybko ubytek zarasta. Gdyby nawet regeneracyja żebra nie w każdym przypadku miała miejsce, to jednak w każdym razie wytworzy się w tem miejscu tkanina bliznowata twarda i zbita, cechami swemi fizycznemi niewiele różniąca się od podatnego żebra dziecięcego, a więc nie mogąca również znacznych za sobą pociągać następstw. Są przypadki, w których operacyja ta odbije się na rozwoju klatki piersiowéj, a mianowicie wtedy, gdy skutkiem ropotoków bardzo rozległych a zadawnionych, lub rozwijających się na tle gruźliczem, gdzie na powrót funkcyi płuca liczyć nie możemy, wskazanem jest resekowanie kilku żeber. W tych przypadkach jednak nie resekcyja jako taka, ale zmiany w płucach są przyczyną zniekształtnienia klatki piersiowéj, bo wtedy przez przedsięwziętą operacyję chcemy osiągnąć zapadnięcie klatki piersiowéj, aby w ten sposób usunąć jamę ciągle ropę wydzielającą.

Porównajmy wyniki obu tych sposobów leczenia.

Immermann, największy zwolennik metody Bülaua, ogłosił 57 przypadków w ten sposób leczonych, w których osiągnął 49 wyleczeń (84%) bez zaciągnięcia klatki piersiowéj i skrzywienia kręgosłupa, 3 chorych zmarło, u 5 wykonano następową resekcyję żebra.

Napozór wyniki świetne. Jeśli jednak uwzględnimy, że metoda ta wskazaną i wykonywaną jest tylko w ropotokach świeżych z niezbyt gęstą ropą, a przeciwwskazaną w otokach na tle gruźliczem się rozwijających, wypocinach gnilnych lub w tych przypadkach, gdzie wytworzyła się przetoka (*empyema necessitatis*) i otok powietrzny, czyli we wszystkich przypadkach ciężkich i teraz wyniki obu metod porównamy, to operacyja radykalna na tem porównaniu nic nie straci. I tak n. p. ogłosił przed niedawnym czasem König (*Berl. klin. Wschrft* Nr. 10, 1891) wyniki osiągnięte za pomocą resekcyi żebra, które tak się przedstawiają: Na 76 chorych tym sposobem leczonych wyleczono 66, zmarło 10; osiągnięto zatem 87% wyleczenia, a jeśli nadto uwzględnimy, że 8 chorych zmarło z chorób komplikujących (ropnica, gruźlica płuc itd.), przyjdziemy do przekonania, że metoda radykalnego leczenia daje wyniki od wyników metody Bülaua lepsze.

Zachęcony przez prof. Rydygiera i otrzymawszy od niego odpowiednie wskazówki, a od prof. Jakubowskiego łaskawe pozwolenie korzystania z materyjału w szpitalu św. Ludwika, starałem się zebrać stosowne daty i zestawić je, o ile na to pozwalają mniéj lub więcéj dokładnie prowadzone historyje choroby. A chociaż nie możemy się poszczycić znaczną liczbą przypadków, to jednak zestawienie to o tyle może być interesującem, o ile dotyczy wyłącznie dzieci, a właśnie o leczenie tego cierpienia u dzieci najwięcéj są podzielone zdania, najskąpsze daty statystyczne.

Ogółem leczonych było za pomocą resekcyi żebra od r. 1886 44 przypadków ropotoku opłucnowego. A mianowicie było co do wieku:

7	przypadków	w 3 r. życia
5	„	w 7 „
po 4	„	w 5 i 2 r. życia
3	„	w 9 r życia
po 2	„	w 1, 4, 6, 8 i 12 r. ż.

Co do płci: 15 chłopców — 18 dziewcząt.

Cierpienie dotyczyło:

w 19 przypadkach strony lewéj,
w 14 „ „ prawéj,
w 1 przypadku stwierdziliśmy wysięk ropny po obu stronach (uleczony).

Przypadki nasze podzielić możemy w miarę ciężkości, czasu trwania choroby, powikłania i t. d. na 3 grupy. I tak było:

1) ostrych, w przebiegu zapalenia powstałych t. zw. metapneumonicznych wysięków ropnych: przypadków 8, uleczone wszystkie.

2) Przypadków cięższych, dłużéj trwających, z innemi chorobami powikłanych, często z wytworzonemi przetokami 22; z tych zmarło 6, uleczonych 16 (jedno dziecko wydano na żądanie rodziców z niezabliźnioną przetoką).

3) Przypadków otoku ropnego na tle gruźliczem 3; z tych uleczony 1, zmarło 2.

Razem na 33 chorych leczonych za pomocą resekcyi żebra zmarło 8, co wynosi 24% śmiertelności.

Na wyniki nasze wpływają ujemnie dwie okoliczności, które, chcąc być bezstronnymi, musimy wziąć pod uwagę: że dostajemy chorych do leczenia zbyt pózno, zwykle wtedy, gdy już po kilkomiesięcznem czekaniu i stosowaniu środków zewnętrznych i wewnętrznych, takowe do celu niedoprowadziły, chorych po długotrwałéj chorobie, gorączkami wyniszczonych, znacznie osłabionych; wreszcie że pewna część dzieci w szpitalu wśród leczenia przebywa choroby zakaźne. Łatwość, z jaką w ogóle chorzy z otwartemi ranami chorobom infekcyjnym podlegają, gromadne skupianie się chorych nieraz z dalekich stron do naszego szpitala przywożonych, tłomaczą nam dostatecznie, dlaczego mimo względnie dość dobrego odseparowania (oddział dla chorób zakaźnych znajduje się w zupełnie osobnym pawilonie, ma odrębnego lekarza, posługę i t. d.), znaczny procent chorych właśnie z oddziału chirurgicznego choroby zakaźne przebywa.

Jeśli zatem te okoliczności uwzględnimy i wziąwszy je w rachubę, odejmiemy 2 przypadki zmarłe skutkiem ropnicy, 2 skutkiem zapalenia płuc w przebiegu o d r y, to i procent naszego wyleczenia znacznie się podniesie.

Z 8 chorych zmarłych, dotyczył wysięk w 4 przypadkach strony prawéj i w 5 strony lewéj. Zmarłe dzieci były w wieku między 1 a 6 rokiem życia. Śmierć nastąpiła w 3 przypadkach w pierwszych 2 dniach po operacyi; w 2 przypadkach (przyczyna śmierci ropnica) w kilku tygodniach po operacyi; w 3 przypadkach (przyczyna śmierci w 1 przyp. ogólna gruźlica, w 2 zapalenie płuc po odrze) przeszło w 2 miesiące po operacyi.

Ilość dni leczenia wynosiła najmniéj 41 dni, najwięcéj dni 137. Średnia ilość wynosiła w przypadkach, które zaliczyłem do grupy I, dni 51, w grupie II i III około 92.

Co do powrotu funkcyi uciśnionego płuca, to o ile mogłem znaleść o tem wzmiankę w mniéj lub więcéj dokładnie prowadzonych historyjach choroby lub o ile miałem sposobność (w 8 przypadkach) sam o tem się przekonać: funkcyja płuca po stronie choréj powracała w zupełności. W niektórych przypadkach stwierdzić można było nawet w najniżéj położonych częściach płuca szmery oddechowe prawidłowe.

Mierzenia obwodu kl. piersiowéj przy wyjściu chorego po stronie choréj i zdrowéj w kilkunastu przypadkach (niestety nie we wszystkich) przedsiębrane i w historyi choroby zanotowane, nie wykazały nigdy większéj różnicy nad 1—3 ctm. Są to różnice bardzo małe, prawie w rachubę nie wchodzące. Przypuścić możemy, że różnice te nietylko z biegiem czasu nie zwiększyły się, ale nawet w tych przypadkach, gdzie powrót funkcyi płuca był zupełny, że i rozwój klatki piersiowéj nie został upośledzony.

Tak się przedstawiają nasze wyniki leczenia ropotoku opłucnowego za pomocą resekcyi żebra, wyniki, które uwzględniając mniéj korzystne okoliczności nazwać musimy zadawalającemi, wyniki, które stwierdzają dowodnie, że w resekcyi żebra posiadamy zabieg, który w danych warunkach prowadzi nas do celu, wskazaniom wyżéj postawionym w zupełności odpowiada.

III. Z zakładu farmakologicznego prof. Dra Łazarskiego.

O działaniu zabójczem przetworów żelaza na ustrój zwierzęcy.

Podał
Dr. Jan Wojtaszek,
asystent tego zakładu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5.)

W tym też celu zrobiłem kilka doświadczeń, w których wstrzykiwałem czyste białko zalkalizowane do krwi. Przy tem pokazało się, że po wprowadzeniu przeciętnie 100 cm. sz. płynu białkowatego do krwi królik doznawał drżenia mięśni, lekkich drgawek ogólnych, podwyższenia ciśnienia krwi; pies zaś oprócz przyspieszenia oddechania nie okazywał żadnych zboczeń. Po odwiązaniu zwierzęcia i zeszyciu rany, przez którą jak i przy wszystkich innych doświadczeniach za pomocą biurety wprowadzano płyn do żyły szyjnéj powierzchownéj, występowało u zwierząt osłabienie, które szybko mijało. Z dalszych następstw była tylko albuminuryja, 2—3 dni trwająca. Aby się więc i tego wpływu białka zupełnie pozbyć, szukałem rozczynnika dla białkanów żelaza a przy rozczynach soli żelazowych, które nie tak łatwo tworzą skrzepy z białkiem, ciała przeszkadzającego powstawaniu tychże. I rzeczywiście z pomiędzy wielu takich środków jak węglan, fosforan, octan sodowy, które tylko pojedyncze białkany rozpuszczały, ogólnemi rozczynnikami dla metali, z wyjątkiem srebra, okazały się winian i cytrynian sodowy.

Jednakże utarte zdanie o solach sodowych, że one działają zachowawczo na tkanki zwierzęce, przy tych dwóch połączeniach okazało się niezupełnie prawdziwem, gdyż najprawdopodobniéj kwas w tych połączeniach zawarty dla ustroju bynajmniéj nie jest obojętnym. I tak: cytrynian sodowy wstrzyknięty pod skórę żabom i królikom, u pierwszych wywoływał w dawce 0·30 objawy porażenne, u drugich w dawce 3—4 gr. drgawki ogólne, powtarzające się kilka razy, objawy paretyczne, rzadko zaś śmierć. Wprowadzony zaś do krwi królików w dawce 1 gr., najwyżéj 1·50, wywoływał śmierć śród ogólnych drgawek i zboczeń w oddychaniu. Objawy porażenne występowały tem prędzéj, im szybciéj środek ten wprowadzano do krwi.

Natomiast winian sodowy okazał się mniéj szkodliwym, bo podskórnie nawet w dawkach bardzo dużych albo nie wywoływał żadnych objawów, albo tylko nieznaczne drgawki, wprowadzony zaś do krwi dopiero w ilości 2—4 gr. wywoływał silne drgawki i oddechowy skurcz.

Jako rozczynnika więc dla białkanów żelaza i jako dodatku do rozczynów wodnych soli żelazowych przeszkadzającego powstawaniu skrzepów we krwi, używałem winianu sodowego jednakże w takiéj ilości, któraby nie wywoływała żadnych objawów ogólnych. Po zrobieniu licznych prób z tym środkiem, przekonałem się, że bez najmniejszéj szkody dla zwierzęcia można wprowadzić wprost do krwi u psów, królików i kotów 1·50 gr., u żab zaś podskórnie 0·10 lub użyć połączenia podwójnego żelaza z winianem sodowym.

Po tych więc doświadczeniach i wynikach wstępnych przystąpiłem do właściwego zadania.

I. Ostre zatrucie żelazem.

Żaby, po wstrzyknięciu do worka limfatycznego 0·03 mlekanu lub winianu żelazawo-sodowego, okazują już po

godzinie wybitne objawy porażenne po przejściowem poprzedniem pobudzeniu. Objawy porażenne utrzymują się aż do dnia drugiego, zresztą potem zupełnie ustępują. Dawki dwa razy większe już po pół godziny wywołują objawy porażenne, po godzinie porażenie zupełne i śmierć. Serce u nich jest porażone i oddziaływa zaledwie na silny prąd przerywany. Żaby w porze letniéj zachowują się odporniéj niż żaby zimowe, kompletne porażenie wywołać się u nich prawie nie udaje, a nawet gdy to się uda, serce bije bez przerwy choć w dość długich pauzach.

Zupełnie podobne objawy występowały po wstrzykiwaniach siarkanu żelazawego, sześciochlorku żelazowego, cytrynianu amonowo-żelazowego, dawki jednakże tych musiały być większe. Obliczywszy na metaliczne żelazo, to dawka zabójcza dla żaby leży między 0·0029 a 0·0042.

Króliki, którym wstrzykiwano podskórnie sole żelaza, okazywały prawie zawsze jednakowe objawy zatrucia, zachodziła tylko różnica co do czasu powstawania tychże. Przeciętnie, jeśli dawka była odpowiednia, objawy otrucia występowały w przeciągu 4—8 godzin po wstrzyknięciu. Średnia dawka dla mlekanu żelaza wynosiła 0·30 czyli 0·0593 Fe na klgr. wagi ciała królika; podobnie rzecz się miała z cytrynianem amonowo żelazowym, pyrofosforanem sodowo-żelazowym; dla siarkanu żelazawego, sześciochlorku żelaza, białkanu tlenku żelaza dyalizowanego, dawka zabójcza nie dała się oznaczyć jużto z tego powodu, że potrzeba było znaczne ilości białkanu żelaza wprowadzić pod skórę, jużto dlatego, iż nawet słabe rozczyny bez białka po poprzedniem zagotowaniu łatwo wywoływały ropnie zgorzelinowe, zapalenie skóry a wessanie było nieznaczne.

U psów i kotów dawki te musiały być niestosunkowo wyższe, większe częstokroć niżby tego się można było spodziewać po ciężarze ciała, przy tem dawkę tylko z trudnością można było oznaczyć dla tych samych spraw zapalnych w skórze, jakie występowały u królików.

W każdym razie dawka zabójcza wahała się w granicach od 1·50—3 gr. mlekanu żelaza lub cytrynianu amonowo-żelazawego czyli średnio od 0·286 do 0·593 czystego żelaza. Ażeby mieć obraz otrucia solami żelaza po podskórnem wstrzyknięciu przytoczę z licznych doświadczeń tylko dwa, a mianowicie jedno z królikiem, a drugie z kotem.

1) Królik ważący 1170 gr.: o godzinie 12 w południe wstrzyknięto mu pod skórę 8 cm. sz. rozczynu 3% mlekanu żelaza. Do godziny 6 pp. królik zupełnie swobodny, okazuje chęć do jadła, biega żywo, od téj chwili oddechanie przyspieszone, wrażliwość odruchowa nieco mniejsza, osępiałość. Około godziny ½8 ogólne drgawki trwające kilkanaście sekund, powtarzają się 3 razy i wśród kurczowego i coraz bardziéj słabnącego oddechania śmierć. Po szybkiem otwarciu klatki piersiowéj serce kurczy się jeszcze dosyć energicznie. Sekcyja wykazuje świeże wynaczynionki podopłucnowe, zresztą nigdzie żadnych zmian znaleźć nie można. Pod skórą w miejscach wstrzyknięcia żelazo wykazalne wybitnie, mniéj wybitnie w nerkach i wątrobie.

2. Kot ważący 2·060 gr.: o godz. 2 po poł. wstrzyknięto mu pod skórę 18 cm. sz. powyższego rozczynu. Po 2 godzinach osępiałość, osłabienie mięśniowe, mozolne ruchy samowolne, około 8 wieczorem śmierć wśród ogólnych drgawek klonicznych i podrzucań. Sekcyja nie wykazuje żadnych zmian anatomicznych. W nerkach, wątrobie żelazo wykazalne w śladach.

Wstrzykiwania podskórne u psów wywoływały tylko osłabienie ogólne, lekki niedowład kończyn szczególnie przednich i drżenie mięśni. Objaw ostatni występował w krótkich przerwach. Zwykle na drugi dzień wszystkie objawy przemijały, albo w przeciągu kilku dni następowało zupełne wyzdrowienie lub śmierć, któréj jednak przyczyna jest niejasną, gdyż możliwą jest rzeczą, że w wielu przypadkach mogła być wynikiem posocznicy po ropniu gnilnym. — Przy sekcyi prawie we wszystkich przypadkach nie spotkałem silnego nastrzykania błony śluzowéj jelit, który to objaw Williams i Meyer mieli stale widzieć i za ważny podają. Mocz, który był często barwy brunatnéj, podobnéj do fusów, tak za życia jakoteż i po śmierci, gdy w pęcherzu pozostał, prawie stale zawierał białko, moczany w większéj ilości i ślady spostrzegalne żelaza. Podawaniem zaś żelaza wewnętrznie, jużto do żołądka jużto do jelita cienkiego nawet w wielkich ilościach na raz, bo dziennie 3 gr. mlekanu żelaza, lub 5 gr. pyrofosforanu żelaza z cytrynianem sodowym, lub w takiéj saméj ilości cytrynianu żelazawo-amonowego, nigdy nie mogłem wywołać ostrego ogólnego otrucia. Objawy, jakie po takiem wprowadzeniu większej ilości powyższych środków do przewodu pokarmowego występowały, ograniczały się tylko do nieznacznych biegunek i moczu barwy ceglastéj, w którym żelazo w śladach można było wykazać. Również wątroba i nerki zawierały wykazalne ilości żelaza tak siarczkiem amonu, jakoteż zakwaszonym żelasinkiem potasu. Siarkan i węglan żelazawy podawane w małych ilościach wewnętrznie, nie wywoływały żadnych widocznych zmian w ustroju zwierzęcia, dawki zaś większe siarkanu lub sześciochlorku żelaza zabijały czasem zwierzęta skutkiem miejscowych zmian zapalnych.

W tych razach lub gdy zwierzę umyślnie zabito, wykrycie żelaza w nerce lub wątrobie makroskopowo rzadko się udawało, a prawie nigdy nie było można wykryć go w moczu, w którym według Jacobiego powinno się znajdować około 10% do krwi przyjętego żelaza. Dlatego też można przypuścić, że połączenia nieorganiczne dla wielkiego powinowactwa do białka, z jelit tylko w bardzo małej ilości i bardzo powoli ulegają wessaniu. Jak zaś powyższe doświadczenia wykazują, połączenia organiczne ulegają na pewno wessaniu, po ich podawaniu też można się prędzéj spodziewać poprawy w ogólnym składzie krwi, tem bardziéj, że one swym składem chemicznym są najwięcéj zbliżone do połączeń żelaza, jakie przyjmujemy codziennie z pokarmami, a które najzupełniéj wystarczają do utrzymania fizyjologicznéj równowagi żelaza w ustroju.

Znając już szkodliwe działanie przetworów żelaza po wstrzykiwaniu tychże pod skórę, brak zaś jakichkolwiek szkodliwych objawów ogólnych po wprowadzeniu do żołądka, przystąpiłem do wstrzykiwania ich wprost do krwi.

W tym celu wprowadzałem do żyły szyjnéj powierzchownéj tak u psów, jakoteż królików za pomocą biurety kalibrowanéj rozczyn żelaza ogrzany do 35° C. z zamiarem oznaczenia choć w przybliżeniu dawki śmiertelnéj, jakoteż sprawdzenia objawów podanych przez Williamsa i Meyera.

Po licznych próbach i doświadczeniach obok białkanu tlenku żelaza, białkanu sześciochlorku żelazowego, siarkanu żelazawego, pyrofosforanu żelaza z cytrynianem sodowym, winianu sodowo-amonowego, najodpowiedniejszym rozczynem do wprowadzania do krwi wydał mi się mlekan żelazawy w rozczynie 3% z dodatkiem 1—2 gr. winianu sodowego. Przetworu tego używałem najczęściéj obok równie dobrego i prawie tak samo działającego pyrofosforanu żelaza z cytrynianem sodowym z tego powodu, że w tym ostatnim

jako preparacie gotowym miałem niedokładnie znaną mi ilość cytrynianu sodowego; okoliczność to ważna w obec znanego działania tego dodatku, szczególnie, gdy dostaje on się wprost do krwi. Doświadczenia robione z powyższemi środkami doprowadziły już na wstępie do tego wyniku, że sole żelaza są przetworami niestałemi w działaniu na pojedyncze ustroje, te zaś oddziaływają na ich ilość rozmaicie tak, że dawka zabójcza a trująca wahają się w dość znacznych granicach.

Najwybitniéj się to ujawniło przy siarkanie i sześciochlorku żelaza, stale zaś jednakowo działającym okazał się mlekan żelazawy i dlatego też przeważnie go używałem. Pominąwszy jednakże różnice w dawkach trujących a zabójczych, doświadczenia pouczyły, że objawy występujące po wstrzyknięciu podskórnem żelaza pokrywają się z temi, które występują po wprowadzeniu ich wprost do krwi, a więc tak w jednym jak i drugim przypadku są wynikiem swoistego i ogólnego działania żelaza.

Co do wstrzykiwania zaś samego przekonałem się, że objawy otrucia występują tem prędzéj, im większą ilość żelaza wprowadzono do krwi w równym zresztą czasie. Na tę okoliczność zwróciłem uwagę, bo ona naprowadza na myśl, że żelazo musi stosunkowo szybko się wydzielać z ustroju, jeżeli wśród dłuższego czasu użytego na wstrzykiwanie do żyły potrzeba większéj ilości żelaza i ten fakt zdaje się nie ulegać wątpliwości, bo już za życia zwierzęcia można wykazać w jelitach siarczkiem amonu znaczne ilości wydzielonego żelaza, pozostaje jednak zagadką to, co w licznych doświadczeniach się spostrzegało, że żelazo działało zabójczo po wprowadzeniu do krwi czasem bardzo późno, bo często dopiero po upływie kilkunastu godzin.

Z licznych doświadczeń robionych w celu wywołania ostrego zatrucia solami żelaza, po wprowadzeniu ich do krwi, przytoczę tylko ważniejsze.

Zwierzęta do nich użyte były często eteryzowane lub chloroformowane, nigdy zaś kuraryzowane, a to z tego powodu, aby sobie nie zacierać ogólnego obrazu otrucia.

1) Królikowi wstrzyknięto do żyły szyjnéj w przeciągu 2 godzin 60 cc. płynu białkowatego z zawartością 0·085 sześciochlorku żelaza, t. j. około 0·017 Fe. Podczas doświadczenia wystąpiło tylko drżenie kończyn. Po odwiązaniu i zaszyciu rany królik rzeźwy, nie okazuje żadnych zboczeń ruchowych, po kilku dniach rana szyjna zagoiła się zupełnie. Królik żyje daléj.

2) Królikowi wstrzyknięto do żyły szyjnéj w godzinie 30 gr. białkanu tlenku żelaza, z ogólną zawartością żelaza czystego 0·060, oznaczonego przez spalenie. Podczas doświadczenia podwyższenie pobudliwości odruchowéj, drżenie kończyn. Po odwiązaniu znużony, w kilka dni wraca do zdrowia.

3) Królik ważący 2,120 kg.; od ½12 do 12 w południe wstrzyknięto mu 40 gr. roztworu białkanu tlenku żelaza dializowanego z zawartością około 0·12 czystego żelaza. Podczas wstrzykiwania oprócz przyspieszenia oddechania i akcyi serca, innych objawów nie zauważono. Po zaszyciu rany szyjnéj i opatrzeniu tejże antiseptycznie nieznaczne osłabienie i zwiększone pragnienie. Po pół godziny osłabienie coraz większe, niedowład najprzód odnóg tylnych, potem przednich, oddechanie z początku przyspieszone potem zwolnione powierzchowne. O godz. 1¼ krótkotrwały tężec z wygięciem silnem karku i grzbietu ku tyłowi, po ustaniu tegoż nieregularne drgawki i śmierć. Serce jeszcze bije po ustaniu oddechania, a po otwarciu klatki piersiowéj blisko 1½ minuty.

4) Królik ważący 1·660 kg. Wstrzyknięto do krwi w przeciągu godziny 30 cc płynu białkowatego z ogólną zawartością około 0,0882 Fe. Po odwiązaniu i zaszyciu zupełnie rzeźwy. Już po kwadransie zaczyna słabnąć, przy próbach chodzenia wywraca się, od czasu do czasu występują ruchy wyprostne kończyn. Po następnym kwadransie, wśród którego królik leżał spokojnie i tylko szybciéj oddechał, występuje silne wyprostowanie odnóg, przegięcie grzbietu ku tyłowi, potem nieregularne faliste ruchy mięśni ciała, nieregularny oddech, który zresztą jest nadzwyczaj mozolny a wśród kurczów chwilowo ustaje. Po ustaniu kurczów zupełna bezwładność, brak odruchów nawet rogówkowego, brak oddechu. Po takim stanie bezdechu trwającego kilkanaście sekund, występuje kilka głębokich oddechów terminalnych i śmierć. Serce po otwarciu klatki piersiowéj bije jeszcze dosyć energicznie.

5) Królik ważący 1,250 kg., wprowadzono mu do krwi od ½12—12 godz. w południe 5 gr. roztworu 3% mlekanu żelaza, około 0,0291 Fe. Po zaszyciu rany i odwiązaniu, królik zupełnie swobodny. O godzinie 9 wieczór występują lekkie drgawki, oddech przyspieszony, potem silne drgawki kloniczne połączone z podrzucaniem ciała i wydawaniem piskliwego głosu. Objawy te trwają z krótkiemi przerwami około 20 minut i wśród coraz bardziéj słabnącego oddechania śmierć. (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

B. Dzierżawski: **O tak zwanej** *Periostitis albuminosa.*

Autor zestawia 27 przypadków tej choroby opisanych dotychczas w literaturze lekarskiej i podaje jej objawy na podstawie spostrzeżeń własnych i innych badaczy. Istotną cechą choroby jest wysięk pochodzenia zapalnego, poprzedzony objawami ogólnego zakażenia ustroju, jak podniesieniem ciepłoty ciała, bolem głowy, ogólnem osłabieniem, któreto objawy z różnem mogą przebiegać nasileniem. Miejscowo spotykamy się ze znaczną bolesnością kości i obrzmieniem dającem następnie guz chełbocący w miejscu zajętem cierpieniem. Wyłącznie przynajmniej w dotychczas znanych przypadkach sprawa ta zajmuje kości długie i rozwija się przeważnie u osób młodych, gdzie kości są jeszcze w okresie wzrostu. Samą sprawę uważa autor bądź jako odmianę ostrego zakaźnego zapalenia szpiku kostnego, bądźteż za spokrewnioną ze sprawą gruźliczych ropni zimnych lub opadowych, z którego to zapatrywania wynika, że nie można jej uważać za odrębną postać chorobową.

Wysięk powstający w tej chorobie nie przedstawia znamion wysięku ropnego, z jakim w wyżej wspomnianych sprawach zawsze się spotykamy, a zawiera znaczną ilość białka i mucyny obok bardzo małej ilości ciałek wypocinowych i innych mniej stałych składników, jak cukru, ciałek czerwonych krwi i t. p. Ważną również jest ta okoliczność, że wykryto w kilku przypadkach w wysięku ropotwórcze drobnoustroje: *streptococcus pyogenes albus i aureus*, co wskazuje na zakaźną podstawę choroby. Brak większej ilości ciałek ropnych w ogniskach t. zw. *periostitis albuminosa* tłomaczy autor w myśl innych badaczy (Schlange) albo słabem nasileniem sprawy zapalnej, albo też rozcieńczeniem znacznego stopnia pierwotnie ropnego wysięku przesączyną surowiczą. Okostnej przypisuje autor zdolność wytwarzania wysięku zawierającego znaczną ilość śluzu i zbija w ten sposób przypuszczenie, jakoby ciałka wypocinowe ulegały w tej formie zapalenia przemianie sluzowej. (Kronika lekarska 1891, odbitka str. 22.)

Adolf Szpanbok: **O zmianie pobudliwości kory mózgowéj po podwiązaniu moczowodów.**

Chcąc rozstrzygnąć pytanie, czy i jakie powstają zmiany w pobudliwości kory mózgowéj po podwiązaniu moczowodów, przedsięwziął autor szereg doświadczeń w tym kierunku na psach. Z doświadczeń tych wynika, że pobudliwość ośrodków kory mózgowéj się zmniejsza. Chodziło jednak jeszcze autorowi o to, czy inne wpływy będące koniecznem następstwem samego doświadczenia, jak spadek ciepłoty ciała, głodzenie

i działanie chloroformu użytego do narkozy nie grają znaczniejszej roli. Na pytanie to odpowiada autor przecząco, robiąc bowiem kontrolujące doświadczenia doszedł do przekonania, że ani głodzenie ani oziębianie zwierzęcia wielkiego wpływu nie wywiera. Głodzenie obniża wprawdzie pobudliwość, ale dopiero po dłuższym czasie; zwierzęta zaś po podwiązaniu moczowodów ginęły w przeciągu kilku do kilku nastu godzin. Podobnie ma się rzecz i z oziębianiem.

Istota podkorowa nie zmienia swej pobudliwości po podwiązaniu moczowodów, powstawanie drgawek w mocznicy wytłomaczyć więc można w ten sposób, że ośrodki korowe tracą coraz bardziej swą pobudliwość i nie mogą wywierać regulującego wpływu na ośrodki podkorowe, które autor jako źródło dla drgawek w mocznicy uważa. (Gazeta lekarska N. 48. 1891.)

Leopold Lubliner: **„Przypadek zaniku twardziela nosa po tyfusie wysypkowym."**

Opisany przypadek dotyczy chorego z twardzielem roz winiętym w jamie nosowéj przeważnie prawej. Rozpoznanie zostało sprawdzone badaniem drobnowidowem i bakteryologicznem, które obok swoistych laseczników twardziela wykazało także typową budowę tkanki wytwarzającéj się w téj chorobie. Pomimo usunięcia na drodze galwanokaustycznej nacieku i kilkakrotnego przypalenia galwanokauterem, chory nieznaczną tylko czuł ulgę i to na czas krótki, naciek bowiem szybko powracał i powiększał się.

W niespełna 4 tygodnie po przyjęciu do szpitala dostał chory duru osutkowego, przebiegającego ze znacznym odczynem ze strony chorego, zupełnie jednak prawidłowo; spadek ciepłoty nastąpił 14 go dnia choroby.

Badanie nosa w kilka dni po przełamaniu się choroby wykazywało w znacznej części zanik wybujałości nacieku, chory mógł swobodnie przez nos oddechać, brakowało mu tylko zupełnie węchu.

Pozostałą resztę nacieku wyskrobano ostrą łyżeczką i chory wrócił po dwóch dniach do swych zajęć.

Jako identyczne poniekąd, zbawienne działanie duru osutkowego przytacza autor dwa obserwowane przez siebie przypadki wilka, który ustąpił na krótki czas po przebyciu duru, z czego wnosi, że zarazek duru lub też produkta tegoż wzniecają wessanie nacieków wilka i twardziela, podobnie jak przebyta róża sprowadza niekiedy zanik złośliwych nowotworów. (Gaz. Lek. z r. 1891 Nr. 42.)

Dr. Ludomił Korczyński.

Terapija.

Saalfeld: **Thilanina (lanolina siarczana)**

Thilanina tworzy się przez zadziałanie siarki na lanolinę. Przetwór ten jest trwały, zawiera 3% siarki i przedstawia masę brunatno żółtą o zbitości saméj lanoliny a woni siarki. Wskazania w celu użycia jéj są dość szczupłe, bo prócz tego, że można jéj użyć jako łącznika do różnych maści, to sama skuteczna jest tylko w lekkich dermatozach w zastępstwie lub w celu wzmocnienia maści borowéj, bismutowéj lub czasem maści Hebry. Jako łącznik z innemi maściami łączy się jednostajnie, działanie ich wzmacnia i używał ich Saalfeld ze skutkiem w przypadkach *Herpes, Sycosis* etc. Przeciwko swędzeniu skóry w wyprysku guziczkowym, podrażnienia jéj, thilanina stosowana sama, takowe usuwa. Skóry nie drażni. Przeciwwskazana jest w dermatozach zajmujących części włosami pokryte. (*Th. M. Hefte* 1891.)

Levis-Smith (New-York): **O zapobiegawczem leczeniu następstw płonicy.**

Najczęstszemi komplikacyjami w pierwszym tygodniu wśród przebiegu płonicy występującemi jest posocznica i ropień gruczołów limfatycznych przeważnie szyjnych jakoteż *otitis media*. Wystąpieniu ich można zapobiedz częstem przestrzykiwaniem jamy ust i nosa jakimś płynem antiseptycznym. Nowsze badania wykazały, że komplikacyje te sprowadza *bakterium* do *streptococcus pyogenes* podobne, które na błonie śluzowéj tych jam się osadza. Od początku więc wybuchu choroby należy go tępić. Można do tego celu użyć słabego rozczynu sublimatu, albo płynu przez S. doświadczonego według następującéj formułki: Rp. *Acid. boric. Natr. borac. aa.* 10.0, *Natrii chlorat.* 5.0, *Aquae dest.* 500.0. Płynem tym należy jamy te co godzina przepłukiwać. Napady eklamptyczne zdarzają się w początkach przesilenia gorączkowego. Najlepiéj zwalcza się je zimną wodą. Napady te występują często niezależnie od zmian w nerkach. Przeciw nadmiernéj gorączce najlepiéj podawać fenacetynę albo akonit, wystrzegać się zaś trzeba drażniącego nerki kwasu salicylowego. Przeciw objawom nerwowym najlepiéj podawać przetwory bromu. Jako środki podniecające: amoniak, moschus, kamforę. Gościec płonicowy jeżeli nie łączy się z zapaleniem osierdzia, to innéj komplikacyi nie wywołuje. Zapalenie nerek najczęściéj powstaje z zaziębienia. (*Congr. amer. Aerzte* 1891, 23 Sptb.)

Hirschfeld (Franzensbad): **Sztuczne kąpiele borowinowe z borowiny Mattoniego.**

W literaturze lekarskiéj co raz częściéj pojawiają się prace o skutecznéj działalności kąpieli borowinowych przeważnie w chorobach kobiecych. Jestto dowodem, że świat lekarski co raz większego nabiera zaufania do téj metody leczniczéj i to w dziale chorób, które często liczne trudności leczeniu przedstawiają. — Główną zaletę borowiny jest jej siła resorbcyjna, dzięki któréj nawet stare wypociny wessane zostają. Własność ta resorbcyjna polega na silnem zadrażnieniu skóry połączeniami żelaza i kwasów organicznych, skutkiem czego krążenie krwi się wzmacnia a zatem i odżywianie głębszych organów się polepsza. Szczęśliwą była myśl Mattoniego, aby z borowiny naturalnéj tworzyć ług i sól borowinową. Przetwory te posiadają znaczną ilość połączeń żelaza, magnezii i soli, prócz tego kwasy organiczne. — Obecnie też każdy może sobie kąpiel borowinową przyrządzić w domu, jek ten przystępny jest więc i mniej zamożnym. W przypadkach zmian w położeniu macicy kąpiele borowinowe oddają znakomite usługi jako lek pomocniczy, do mechanicznego leczenia metodą Thure Brandta. (*Wr. med. Wschft.* N. 43. 1891.)

Dr. Mendelsburg.

Toksykologija.

Neisser: **Przypadek otrucia sulfonalem.**

Młodzieniec 15 letni, pracujący w składzie aptecznym, zażył w celu samobójczym 100 grm. sulfonalu i jakkolwiek znaleziono go dopiero w 6 godzin potem, samobójstwo się nie udało. Pozostał on przez 90 godzin we śnie bardzo głębokim, ale oddychanie i tętno nie okazywały wybitniejszych zboczeń. Na skórze rąk wystąpiła symetrycznie wysypka guzkowa, a po obudzeniu się mowa i ruchy były niezborne. Po kilku dniach ustąpiły te objawy i chory opuścił klinikę po 8 dniach zupełnie wyleczony.

Wyzdrowienie można tu tylko w ten sposób wytłumaczyć, że sulfonal ulega powoli wessaniu i dosyć szybko się wydziela. Prof. Jaffé w moczu chorego znalazł niezmieniony sulfonal. Z tego powodu w leczeniu podobnych przypadków przedewszystkiem należy baczyć na oddawanie moczu, a mianowicie działać należy moczopędnie. U chorego powyższego osiągnięto doskonały skutek moczopędny za pomocą wlewania letniéj wody do jelit. — (*Deutsch. med. Woch.* 21. 1891.)

Dr. Süsskind.

Choroby wewnętrzne.

Aleksander Stockmann: **Kilka uwag nad sprawami przyrody zołzowéj.**

Korzystając z obszernego, bo około 10,000 przypadków obejmującego materyjału, podaje autor statystykę chorób przyrody zołzowéj uwzględniając przedewszystkiem stronę etyjologiczną tych cierpień. Z dołączonéj do rozprawy tablicy wynika, że dziedziczność zajmuje tu główne stanowisko. Dziedziczność tę dzieli autor na istotną i wrzekomą. Do pierwszej odnosi te przypadki, w których tożsamość choroby daje się wykazać u rodziców. Ona to zajmuje pierwsze miejsce w podanej tablicy: ilość przypadków dochodzi do 6,300, czyli wynosi 66,32% ogólnéj cyfry. Przez dziedziczność wrzekomą rozumie autor tę postać, gdzie u ro-

dziców dzieci zołzowych dają się wyśledzić jużto ogólne cierpienia ustroju, jakoto: kiła, krzywica, błednica, jużteż cierpienia dróg trawienia, lub układu nerwowego. Objęte niem przypadki dochodzą również do pokaźnéj ilości 2,600, stanowiąc 27,37%. W dziale 3 im mieści autor wszystkie przypadki zołzów nabytych, a te znowu, w miarę przyczyny, która je wywołała, dzieli na kilka etyjologicznych poddziałów. I tak najczęściej, bo w 3,36% wszystkich przypadków zolzów, spada wina na osoby karmiące dzieci rodziców zdrowych W poddziale 2 im zamieszcza przypadki zołzów, powstałych skutkiem złych warunków odżywczych i hygienicznych, w 3 im stanowią przyczynę wywołującą przebyte w dziecięctwie ciężkie choroby, do 4° poddziału zalicza autor przypadki, w których żadna z przytoczonych przyczyn wyśledzić się nie dała.

Cały dział 3-ci obejmuje 600 przypadków, czyli 6,31% ogólnej cyfry; małą tę ilość tłomaczy autor tem, że bardzo ściśle śledził czynniki dziedziczne a dopiero przypadki, gdzie nic się w tym kierunku odnaleźć nie dało, zaliczał do działu zołzów nabytych. Że znów dział 1y mieści tak sporą liczbę, pochodzi ztąd, że wliczano weń wszystkie przypadki, gdzie którekolwiek z rodziców dostarczyło małych bodaj dowodów przebytych zołzów.

W dziedziczności wrzekomej gruźlica gra pierwszą rolę, wywołuje ona najcięższe postacie, często z rozpoczynającą się już gruźlicą powikłane i ona to obok kiły dostarcza najwięcej przypadków z niepomyślnem zejściem. Co do udziału rodziców w tym dziale, to w kategoryjach 2 iej i 3-iej wina najczęściej spada na matkę, podczas gdy w 1-ej, 4-ej i 6-ej większy udział biorą ojcowie. Ze względu na wiek granice chorób zołzowych są bardzo rozległe, rozciągają się bowiem od 1 do 50 roku życia, najczęściej jednak nagabują dzieci między 7 a 12 rokiem.

Statystyka ta przedstawia największą wartość wspomnianej pracy, która zresztą uwzględnia jeszcze kazuistykę w ogólnem pojęciu tego wyrazu, podaje przepisy terapeutyczne i hygieniczne w pojedyńczych postaciach zołzów, a nie brak w niej także teoretycznych zapatrywań i wywodów, zaczerpniętych bądź z własnego doświadczenia, bądź też z prac innych autorów. (Medycyna N. 34—37 1891)

Dr. Ludomił Korczyński.

Chemija lekarska.

T o e p f e r (Wiedeń): **O zachowaniu się związków azotowych w moczu wśród raka.**

Müller i Klemperer dowiedli, że chorych na raka nie można utrzymać w. t. zw. równowadze azotowéj, a to z powodu znacznie zwiększonego spalania się związków azotowych. Autor zaś zadał sobie pytanie, dlaczego w moczu osób rakowatych ilość mocznika jest mniejsza pomimo zwiększenia połączeń azotowych, i w jakich połączeniach wydziela się ta zwiększona ilość azotu.

Mozolnej tej pracy dokonał T. porównawczo u 22 osób, między któremi było 9 dotkniętych rakiem, 11 rozmaitemi chorobami a 2 zdrowych, — w ten sposób, że dzielił mocz z 24 godzin na 4 równe części, i oznaczał w 1 szej części ilość azotu według Kjeldahla, w 2 giej ilość mocznika według Mörnera i Sjöquista, w 3 ciej kwas moczowy podług Salkowskiego i Ludwiga, a w 4 tej oznaczał w próżni ilość NH_3 według Wurstera. Dodał następnie otrzymane ilości związków azotowych z 3 ostatnich części, a odjąwszy ilość tę od ogólnej ilości azotu (części pierwszej), — oznaczał ilość azotu w istotach wyciągowych. Doszedł do wyników następujących: Ilość mocznika w moczu osób rakowatych jest zawsze zmniejszona (poniżéj 80%), i to na korzyść istot wyciągowych, które są niezwykle zwiększone (13—20%). Stosunek ten znajduje się już u osób o nieznacznych dopiero zmianach rakowych i jest niezależny od pożywienia. Jakie ma to znaczenie rozpoznawcze, i co to są za istoty wyciągowe, wykaże autor w następnéj pracy. (*Wiener klin. Wochschrift.* N. 3. 1892). *L. Idziński.*

Choroby skórne i weneryczne.

L e v e n (Elberfeld): **Leczenie wyprysku sączącego azotanem srebrowym.**

Argentum nitricum w dermoterapii dotychczas małą odgrywało rolę, w wyprysku nigdy nikt leku tego nie stosował. Autor pierwszy zwraca uwagę na skuteczne działanie roztworu 1 : 100 w przypadkach chronicznych, niczem nie dających się usunąć, wyprysków sączących. Miejsca sączące pod działaniem okładów tym roztworem szybko nowym pokrywają się przyskórkiem i ustaje przykre swędzenie. Szczególniéj u dzieci ten sposób leczenia wydał świetne wyniki. U jednego dziecka 8 miesięcznego z sączącym wypryskiem całej główki i twarzy, który wszelkiemu innemu leczeniu stanowczy opór stawiał, okładami z azotanu srebrowego, w przeciągu 8 dni chorobę usunął. Jeszcze szybciéj bo w przeciągu 6 dni uwolnił 64 letnią kobietę od długotrwałego wyprysku. W żadnym leczonym przypadku nie widział zadrażnienia skóry. Autor zachęca dermatologów do częstszego używania azotanu srebrowego w dermatologii, jest bowiem zdania, że lek ten w lecznictwie chorób skórnych niezadługo bardzo ważną rolę odegra. (*D. m. Wschft.* Nr. 48, 1881.)

A r n i n g: **Przypadek** *Pseudoleukaemia cutis.*

Przypadek opisany tyczy się młodéj dziewczyny, która przedstawiała następujący obraz: Gruzełki wielkości soczewicy lub migdałów na końcu nosa, na lewéj górnej powiece i na wardze górnéj. Na bokach szyi jakoteż na kończynach górnych twarde guzy. Większy guzek na podniebieniu twardem i grupa mniejszych guziczków wokoło języczka. Trudno było rozpoznać wilka, brakowało bowiem charakterystycznego wejrzenia téj choroby, prędzéj można było przypuszczać trąd. Guzy były usadowione głęboko w skórze. Tułów i kończyny dolne były od nich wolne. Z innych objawów na uwagę zasługuje przyspieszona akcya serca i mała ilość białka w moczu bez przybłonka i wałeczków. Ponieważ pacyentka była bardzo osłabioną, odstąpiono od kuracyi tuberkuliną Kocha. Wcierki jakoteż jodek potasu bez skutku, 10% maść pyrogalusowa sprowadziła rozpad guza na nosie i późniejsze zabliźnienie, lecz nie na długo, guz bowiem napowrót odrósł. Pacyentka tym razem coraz bardziej chudła i bladła, guzy na ramionach przybierały na wielkości, przy czem skóra je pokrywająca zaczęła sinieć, do przebicia jej lub ropienia nie przyszło. Przy powtórnem badaniu organów wewnętrznych skonstatowano znaczny obrzęk śledziony jako też i gruczołów limfatycznych. Krew badana nie wykazała ani powiększonej ilości ciałek białych ani żadnych mikroorganizmów. Mimo osłabienia wstrzyknięta tuberkulina nie dała żadnéj reakcyi. Rozpoznanie ogólnéj sarkomatozy skóry pozwalało źle rokować Przystąpiono ostatecznie jeszcze do leczenia arszenikowego. Po znacznych dawkach guzy poczęły się zmniejszać a w miejsce ich występowały plamy fioletowe. Ostatecznie wszystkie guzy jakoteż i obrzęk śledziony ustąpiły. Wynik ten przemawia przeciw rozpoznaniu mięsaka a przemawia za leukemią skóry, aczkolwiek jest jeszcze jedna choroba, która podobny obraz przedstawia. Jest nią choroba Hodgkina. Guzy powstają z małych guziczków jak w pierwszym i przez cały ciąg choroby silne sprawiają swędzenie. Objawu tego w opisanym przypadku nie było, chorobę tę więc śmiało wykluczyć można. (*Ber. d. deutsch. dermat. Ges. in Leipzig 1891.*) *Dr. Mendelsburg.*

T a r n o w s k y: **O kile stosu kręgowego.**

Na zasadzie własnych i obcych spostrzeżeń twierdzi autor: 1, że kiła stosu kręgowego objawia się w postaciach zapalenia okostny, zapalenia kości kilakowego, próchnienia kości, wyrośli kostnych i martwiny; 2. że kiła w powyższych miejscach, chociaż nie stanowczo rozpoznana, przecież stosunkowo zalicza się do bardzo rzadkiego cierpienia. Daléj opisuje autor przypadki kiły stosu kręgowego z własnéj praktyki, w których przy zastosowaniu leczenia przeciwkiłowego osiągnięto częścią znaczne polepszenie, częścią zupełne wyleczenie.

W końcu rozprawy podaje swoje zapatrywania, jakiemi się przy rozpoznaniu zapalenia kręgu kieruje. Autor zgadza się *a priori*, że pierwotna gruźlica kości zdarza się tylko u osób młodych, będących w rozwoju. U dorosłych może się gruźlica tylko następowo w kręgach pojawić i w takim razie można ją najczęściéj z łatwością także w płucach, krtani i t. d. wykazać. Jeżeli u dorosłego z garbem kręgowym, lub innemi objawami próchnienia stosu pacierzowego, nie można żadnych zmian gruźliczych w wewnętrznych narządach wyśledzić, wtedy domyśla się autor nowotworu lub kiły. Obecność kilaków na podudziach, lub w ogóle gdzieindziéj jakichkolwiek zmian kiłowych, wyklucza nowotwór. — Jeżli jednak nie można wynaleźć zmian powyższych, to zaleca autor jod i szaruchę a raka, mięsaka i tym podobne wyklucza. Wreszcie nadmienia, iż w niektórych przypadkach można nowotwór rozpoznać bez uciekania się do jodu i rtęci, a mianowicie: z niezwykłego przebiegu, rozwoju i tym podobnych objawów. (*Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1891, H. 3.). *Dr. Skobel.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 4 lutego. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 3 lutego odbytem 1) kol. prezes P o n i k ł o odczytał reskrypt c. k. Namiestnictwa, żądający od Towarzystwa wydania opinii w sprawie Izb lekarskich, co do siedzib, rozgraniczenia okręgów, grup wyborczych i zapowiedział, że po wypracowaniu projektu przez Komitet, sprawa ta ważna będzie przedmiotem osobnego posiedzenia Towarzystwa. 2) kol. B l a t t e i s młodszy mówił o plasmodiach zimniczych, objaśniając rzecz preparatami mikroskopowemi. 3) kol. C e r c h a przedstawił chorą po wycięciu jajników z powodu osteomalacyi, odkładając zamierzony odczyt „o leczeniu osteomalacyi“ do jednego z najbliższych posiedzeń. Nad obu przedmiotami toczyła się w obec bardzo licznego udziału członków żywa dyskusyja, w któréj wzięli udział koll: B r a u n, B r o w i c z, C y b u l s k i, I d z i ń s k i, M a d e j s k i, O p i e ń s k i, R o s n e r (jun.), R y d y g i e r, S r o c z y ń s k i i prelegenci.

* Dnia 26 stycznia odbyła s e k c y j a r z e s z o w s k a Tow. lek. galic. doroczne swoje zebranie, na którem ponownie został wybrany przewodniczącym i delegatem na walne zebranie lekarz powiatowy Dr. B a r z y c k i a jego zastępcą Dr. W i t k o w s k i lek. pow. w Łańcucie, sekretarzem zaś pozostał nadal Dr. B u j n i e w i c z. Po załatwieniu dalszych punktów porządku dziennego odbyła się dłuższa pogadanka naukowa, podczas któréj poruszono i przedyskutowano sprawę lutczańską i sprawę częstego pojawiania się w powiecie rzeszowskim ostrego zapalenia języka i mięśni podjęzykowych, z których Dr. F l e s z a r i Dr. K r a u s kilkanaście przypadków szczególnie w porze jesiennéj obserwowali.

* Jeden z lekarzy szpitalnych w kraju zwraca uwagę naszą na potrzebę zmienienia druków szpitalnych, służących do wykazów miesięcznych, prawdopodobnie przed wielu laty ułożonych, a mieszczących w sobie rubryki, które obejmują raczej objawy chorobowe a nie istotę choroby, jak np. *Hydrops, Icterus, Haemoptoe.*

* W tygodniu 3-im (od 17—23 stycznia) było w K r a k o w i e małżeństw 5, urodzeń 61, skonów 63, z tych z gruźlicy 15, z zapalenia płuc 11, z dławca i błonicy 8, z innych chorób zakaźnych 6.

* **Wiedeń**. P. Minister spraw wewnętrznych zawezwał wszystkie władze polityczne poszczególnych krajów, aby w myśl ustawy z d. 22 grudnia 1891 o Izbach lekarskich, bezzwłocznie zasięgały zdania towarzystw lekarskich krajowych względem liczby i rozgraniczenia Izb i grup wyborczych w kraju każdym pożądanych, a następnie zdania fachowego rad sanitarnych krajowych i aby na podstawie tych zdań zdały sprawę Ministerstwu o ilości Izb i kół wyborczych w kraju potrzebnych z wyszczególnieniem liczby lekarzy, którzy do każdéj grupy i Izby należeć powinni, z uwzględnieniem należnem stosunków socyjalnych i narodowych.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 1: P a w i ń s k i e g o: O stosowaniu kofeiny w chorobach serca i nerek; M a t l a k o w s k i e g o: Dwa dalsze przypadki ciąży zamacicznéj; T r z c i ń s k i e g o: Kilka słów o leczeniu rzeżączki. — W *Medycynie* (wychodzącéj odtąd pod redakcyją Dra D o b r z y c k i e g o) Nr. 1: J a w d y ń s k i e g o: Przypadek znacznéj wielkości włókniaka tłuszczakowego; Sprawozdanie roczne z działalności lekarskiéj zakładu ginekologicznego; G r ü n b a u m a: Dwa przypadki ran wielkich naczyń. — W *Gazecie Lek.* Nr. 2: T r z c i ń s k i e g o: Kilka słów o leczeniu rzeżączki (dok.); M a t l a k o w s k i e g o: Dwa dalsze przypadki ciąży zamacicznéj (dok.); P a w i ń s k i e g o: O stosowaniu kofeiny w chorobach serca i nerek (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 2: Ś. p. Gustaw F r i t s c h e, nekrolog; Sprawozdanie roczne zakładu ginekologicznego w Warszawie: R y b i c k i e g o: Kazuistyka sądowo-lekarska. — W *Gaz. Lek.* Nr. 3: G r u n d z a c h a: O popiołach normalnego kału; S a w i c k i e g o: Przypadek owrzodzeń prostnicy; P a w i ń s k i e g o: O stósowaniu kofeiny w chorobach serca i nerek (c. d.).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.